

Lampiran 1 Lembar Pernyataan Kesediaan Menjadi Responden

PERNYATAAN KESEDIAAN MENJADI RESPONDEN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini

Nama :

Usia :

Alamat :

No.telp :

Menyatakan bersedia untuk mengikuti penelitian berjudul “HUBUNGAN LAMANYA PENGGUNAAN KOMPUTER DENGAN *COMPUTER VISION SYNDROME* (CVS)” dengan sukarela tanpa ada paksaan dari pihak manapun.

Jakarta, 2018

Responden

()

Lampiran 2 Kuesioner Penelitian

KUESIONER PENELITIAN

Hubungan Lamanya Waktu Penggunaan Komputer dengan *Computer Vision Syndrome* (CVS)



Petunjuk Pengisian

1. Jawablah pertanyaan dibawah ini dengan memberikan tanda silang (X) pada jawaban yang anda pilih
2. Isilah pertanyaan sesuai dengan kondisi yang anda rasakan

Nama : Agama :
Usia : Suku :
Jenis kelamin :
Berat badan :
Tinggi badan :

A. Variabel penggunaan komputer

No	Pertanyaan	Jawaban
1.	Berapa jam Anda secara terus-menerus menggunakan komputer dalam sehari? ...jam jam
2.	Sudah berapa lama Anda menggunakan komputer?	... tahun Bulan
3.	Apakah Anda memakai lensa kontak ketika menggunakan komputer dan berapa visus nya?	<input type="checkbox"/> Ya, saya sudah memakai lensa kontak selama Visus kanan ... Visus kiri ... <input type="checkbox"/> Tidak
4.	Apakah Anda memakai kacamata ketika menggunakan komputer?	<input type="checkbox"/> Ya, saya sudah memakai kacamata selama Visus kanan ... Visus kiri ... <input type="checkbox"/> Tidak

5.	Berapakah jarak antara mata Anda dengan pusat monitor?	... cm
6.	Pada saat menggunakan komputer bagaimana posisi Anda?	<div style="display: flex; flex-direction: column; align-items: center;"> <div style="display: flex; align-items: center; margin-bottom: 20px;"> <input type="checkbox"/>  </div> <div style="display: flex; align-items: center;"> <input type="checkbox"/>  </div> </div>
7.	Apakah Anda punya riwayat penyakit terdahulu ?	<input type="checkbox"/> Ya, Saya sakit ... <input type="checkbox"/> Tidak

B. Variabel keluhan objektif Computer Vision Syndrome (CVS)

Apakah Anda memiliki keluhan penglihatan seperti dibawah ini dalam penggunaan komputer dengan jangka waktu yang lama ?

No	Pertanyaan	Sangat sering	Sering	Kadang-kadang	Tidak pernah	Sudah berapa lama
1.	Apakah dalam penggunaan komputer Anda memiliki keluhan penglihatan seperti mata lelah ?					
2.	Apakah dalam penggunaan komputer Anda memiliki keluhan penglihatan seperti mata terasa berat ?					

3.	Apakah dalam penggunaan komputer Anda memiliki keluhan penglihatan seperti mata terasa pegal ?					
4.	Apakah dalam penggunaan komputer Anda memiliki keluhan penglihatan seperti mata kering ?					
5.	Apakah dalam penggunaan komputer Anda memiliki keluhan nyeri kepala ?					
6.	Apakah dalam penggunaan komputer Anda merasakan mata berair ?					
7.	Apakah dalam penggunaan komputer Anda merasakan mata anda pedih atau perih ?					
8.	Apakah kata-kata dalam tulisan terasa bergerak-gerak bila anda membaca dikomputer dalam waktu yang lama ?					
9.	Apakah dalam penggunaan komputer Anda merasakan penglihatan Anda kabur atau blur?					
10.	Apakah dalam penggunaan komputer Anda merasakan penglihatan Anda ganda atau kembar ?					
11.	Apakah dalam penggunaan komputer Anda mengalami kesilauan?					

12.	Apakah dalam penggunaan komputer Anda merasa tidak jelas melihat benda pada jarak dekat maupun pada jarak yang jauh?					
13.	Apakah dalam penggunaan komputer Anda merasakan nyeri disekitar punggung?					
14.	Apakah dalam penggunaan komputer Anda nyeri disekitar leher?					
15.	Apakah pandangan Anda menjadi gelap sesaat setelah menggunakan komputer dalam waktu yang lama?					
16.	Apakah dalam penggunaan komputer Anda menyipitkan mata?					
17.	Apakah Anda mengalami perasaan berat dikepala ketika menggunakan komputer dalam waktu yang lama?					
18.	Apakah Anda mengalami kekakuan dibagian bahu setelah penggunaan komputer yang lama?					

Terimakasih atas partisipasi Bapak/Ibu dalam Penelitian ini

Lampiran 3 Surat Ijin Penelitian



19 November 2018

Nomor : 155 -Adm/FK- Untar/XI/2018
Lampiran :
Perihal : Permohonan Ijin Penelitian

Kepada Yth.
Koord. Blok Etika Kedokteran
Fakultas Kedokteran
Universitas Tarumanagara
Jakarta

Sehubungan dengan akan dilaksanakannya penelitian mahasiswa untuk skripsi di Fakultas Kedokteran Universitas Tarumanagara, maka dengan ini kami mohon agar mahasiswa tersebut dapat diijinkan untuk melakukan penelitian dengan metode penelitian pengisian kuesioner terhadap 103 responden selama 3 bulan pada Etika Kedokteran.

Mahasiswa tersebut dibawah ini :

Nama : Werry
N I M : 405150112
Judul Skripsi : Hubungan lamanya penggunaan komputer dengan gangguan kesehatan Computer Vision Syndrome (CVS)

Demikian surat permohonan ini kami sampaikan, atas perhatian dan kerjasamanya kami ucapkan terima kasih.

a.n. D E K A N,
Wakil Dekan,

dr. Ernawati, SE, MS, FISPH, FISCM, Sp.DLP

Tembusan :

- Ketua Unit Penelitian FK UNTAR

Penelitianmhs18/jm

Jl. Letjen. S. Parman No. 1
Jakarta Barat 11440, INDONESIA
T : (021) 5671781, 5670815

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

A. DATA PRIBADI

Nama Lengkap : Werry
Jenis Kelamin : Laki-laki
Tempat, tanggal lahir : Bengkayang, 21 November 1997
Kewarganegaraan : Indonesia
Status : Belum menikah
Agama : Katolik
Alamat : Jl. Tawakal Ujung Raya no.26 Grogol, Jakarta Barat
Nomor Telepon : 085654647671
E-mail : werryoke@gmail.com

B. LATAR BELAKANG PENDIDIKAN

2003 – 2009 : SD Amkur Bengkayang
2009 – 2012 : SMP Negeri 1 Bengkayang
2012 – 2015 : SMA Negeri 1 Bengkayang
2015 – sekarang : Fakultas Kedokteran Universitas Tarumanagara